Canada Communicable Disease Report ✦ Relevé des maladies transmissibles au Canada

CCDR•RMTC

1 July 2004 • Volume 30 • Number 13 | le 1er juillet 2004 • Volume 30 • Numéro 13

ISSN 1188-4169

Contained in this issue:

- At a glance: HIV/AIDS surveillance to 31 December, 2003 117
- An introductory letter in advance of a telephone survey may increase response rate 121

Contenu du présent numéro :

- Coup d'œil : surveillance du VIH/sida au 31 décembre 2003 117
- L'envoi de lettres de présentation avant une enquête téléphonique peut augmenter le taux de participation 121

AT A GLANCE: HIV/AIDS SURVEILLANCE TO 31 DECEMBER, 2003

Introduction

HIV and AIDS surveillance data are presented regularly in a semi-annual report *HIV and AIDS in Canada* published each April and November. The following article provides a description of persons who have been given a diagnosis of HIV and AIDS up to 31 December, 2003, and whose diagnosis has been reported to the Centre for Infectious Disease Prevention and Control (CIPDC) up to 7 weeks after this date by all provinces and territories. Further details, including a series of tables and technical details, are available in the most recent surveillance report[1]. Surveillance of HIV and AIDS in Canada is ongoing thanks to the voluntary reporting to CIDPC of positive HIV tests and AIDS diagnoses from all provinces and territories.

Surveillance data understate the magnitude of the HIV epidemic and consequently do not represent the number of people infected with HIV (prevalence) or the number infected each year (incidence). Some of the reasons for this include the fact that surveillance data are subject to delays in reporting, underreporting and changing patterns in HIV testing behaviours (i.e. who comes forward for testing). In addition, surveillance data can tell us only about persons who have been tested and whose HIV or AIDS has been diagnosed, and not those who remain untested and undiagnosed. Furthermore, because HIV is a chronic infection with a long latent period, many persons who are newly infected in a given year may not receive a diagnosis until later years.

CIDPC has recently produced estimates of HIV prevalence to the end of 2002 and HIV incidence in 2002[2]. These estimates were produced using a combination of methods and incorporating data from a wide variety of sources, including HIV test reports, AIDS case reports, population-based surveys, targeted epidemiologic studies and census data. It was estimated that at the end of 2002 there were approximately 56 000 (46 000- 66 000) people in Canada living with HIV (including those living with AIDS), and for approximately one-third of these the condition was undiagnosed.

COUP D'ŒIL : SURVEILLANCE DU VIH/SIDA AU 31 DÉCEMBRE 2003

Introduction

Les données de surveillance du VIH et du sida sont présentées régulièrement dans un rapport semestriel intitulé *Le VIH et le sida au Canada*, publié en avril et en novembre de chaque année. Le rapport qui suit présente les données brossant le portrait des cas diagnostiqués d'infection à VIH ou de sida au Canada jusqu'à la période se terminant le 31 décembre 2003 et signalés jusqu'à 7 semaines après cette date par toutes les provinces et tous les territoires au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI). De plus amples renseignements, dont une série de tableaux et des précisions techniques, vous sont disponibles dans le rapport de surveillance le plus récent[1]. La surveillance de l'infection à VIH et du sida au Canada est exercée de façon continue grâce à la notification volontaire au CPCMI des cas de séropositivité pour le VIH et des cas diagnostiqués de sida dans toutes les provinces et tous les territoires.

Les données de surveillance donnent une idée trop faible de l'ampleur de l'épidémie d'infection à VIH et ne représentent donc pas le nombre réel de personnes infectées par le VIH (prévalence) ni le nombre de nouveaux cas d'infection qui surviennent chaque année (incidence). Parmi les raisons qui expliquent la sous-estimation, mentionnons les retards de déclaration, la sous-déclaration et la modification des profils de dépistage du VIH (personnes qui se présentent pour subir un test de dépistage). Par ailleurs, les données de surveillance ne donnent des indications que sur les personnes qui ont subi le test de dépistage et chez qui on a diagnostiqué une infection à VIH ou le sida; elles ne fournissent aucune information sur les personnes qui n'ont pas subi de dépistage et qui n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic. De plus, comme le VIH cause une infection chronique dont la période de latence est longue, de nombreuses personnes récemment infectées dans une année donnée pourraient n'obtenir de diagnostic que plusieurs années plus tard.

Le CPCMI a récemment procédé à des estimations de la prévalence de l'infection à VIH à la fin de 2002 et de l'incidence de l'infection en 2002[2]. Ces estimations ont été faites à l'aide de multiples méthodes et intègrent des données provenant de sources très variées, notamment les rapports des tests pour le VIH, les rapports de déclaration des cas de sida, des enquêtes menées dans la population, des études épidémiologiques ciblées et des données de recensement. On a estimé qu'à la fin de 2002, quelque 56 000 personnes (46 000 à 66 000) vivaient avec le VIH au Canada (y compris les personnes atteintes du sida) et que l'infection n'avait pas été diagnostiquée

The number of people in Canada newly infected with HIV in 2002 was estimated to be 2800 to 5200.

HIV Surveillance Data

There have been 55 180 positive HIV tests reported to CIDPC since HIV testing began in 1985. The annual number has declined from 2996 in 1995 to 2187 in 2001 and has since increased to 2504 in 2002 and 2482 in 2003. The increase in the number of positive HIV test reports in the last 2 years may be partly attributed to recent changes in immigration policies at Citizenship and Immigration Canada[1]. These changes include the addition, in January 2002, of HIV screening to the routine immigration medical assessment and reduced restrictions on certain groups of immigrants who would have previously been considered medically inadmissible associated with changes to the definition of some applicant groups. In most provinces and territories, for the HIV screening conducted in Canada, the positive HIV test reports are handled in the same manner as all other positive HIV tests and are included in provincial/territorial HIV reporting to CIDPC.

Females are representing a growing proportion of positive HIV test reports. For the last 3 years females have accounted for around one-quarter of positive HIV test reports with known gender; this is a rise from 8.9% during the period between 1985 and 1992. This pattern is seen in all age groups and most notably in the 15 to 29 and 30 to 39-year age groups, as seen in Figure 1.

chez environ le tiers de ces cas. Selon les estimations, entre 2 800 et 5 200 personnes auraient contracté l'infection à VIH au Canada en 2002.

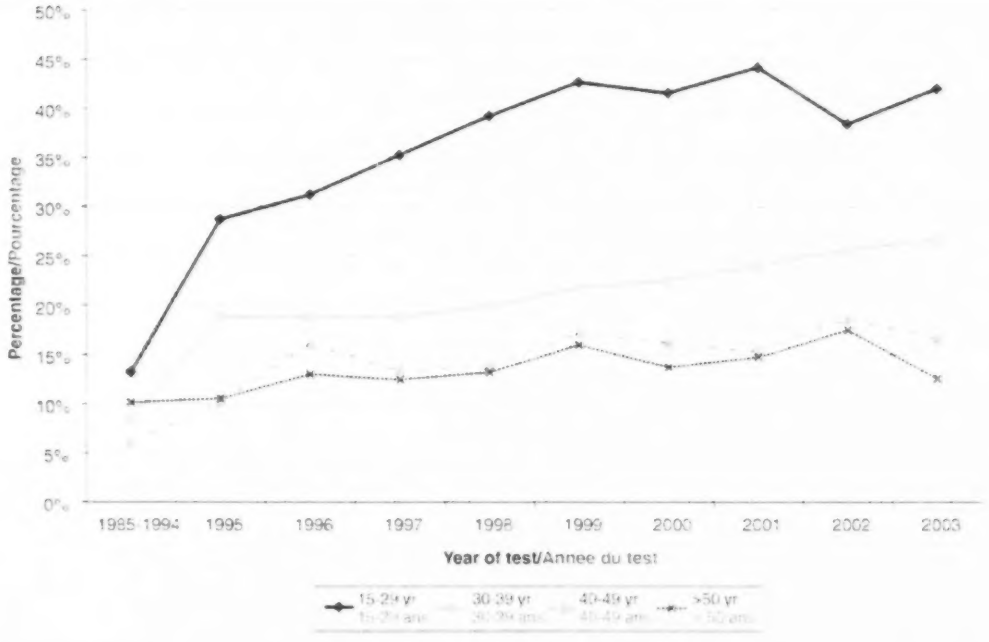
Données de surveillance du VIH

En tout, 55 180 tests positifs pour le VIH ont été signalés au CPCMI depuis le début du dépistage du VIH en 1985. Le nombre de tests positifs signalés annuellement a décliné entre 1995 et 2001, passant de 2 996 à 2 187, mais a augmenté à 2 504 en 2002 et à 2 482 en 2003. La hausse du nombre de rapports de test positif pour le VIH au cours des 2 dernières années pourrait être attribuable en partie aux modifications récentes des politiques en matière d'immigration de Citoyenneté et Immigration Canada[1]. Ces modifications comportent notamment l'ajout, en janvier 2002, du test de dépistage du VIH dans le cadre de l'évaluation médicale systématique pour l'immigration et une réduction des restrictions concernant certains groupes d'immigrants, qui auparavant auraient été jugés inadmissibles pour des raisons médicales, associée à des modifications de la définition de certains groupes de demandeurs. Dans la plupart des provinces et territoires, en ce qui concerne le dépistage du VIH réalisé au Canada, les rapports de test positif pour le VIH sont traités de la même façon que tous les autres tests positifs et sont inclus dans les déclarations provinciales/territoriales de l'infection à VIH transmises au CPCMI.

La proportion des rapports de test positif pour le VIH qui concernent des personnes de sexe féminin est à la hausse. Au cours des 3 dernières années, environ le quart des rapports de test positif dans lesquels le sexe était indiqué concernaient des personnes de sexe féminin, ce qui correspond à une hausse par rapport au pourcentage de 8,9 % enregistré entre 1985 et 1992. Cette tendance est observable dans tous les groupes d'âge, mais particulièrement chez les 15 à 29 ans et les 30 à 39 ans, ce qu'illustre la figure 1.

Figure 1. Proportion of females among positive HIV test reports by age group

Figure 1. Proportion de femmes parmi les rapports de test positif, par groupe d'âge

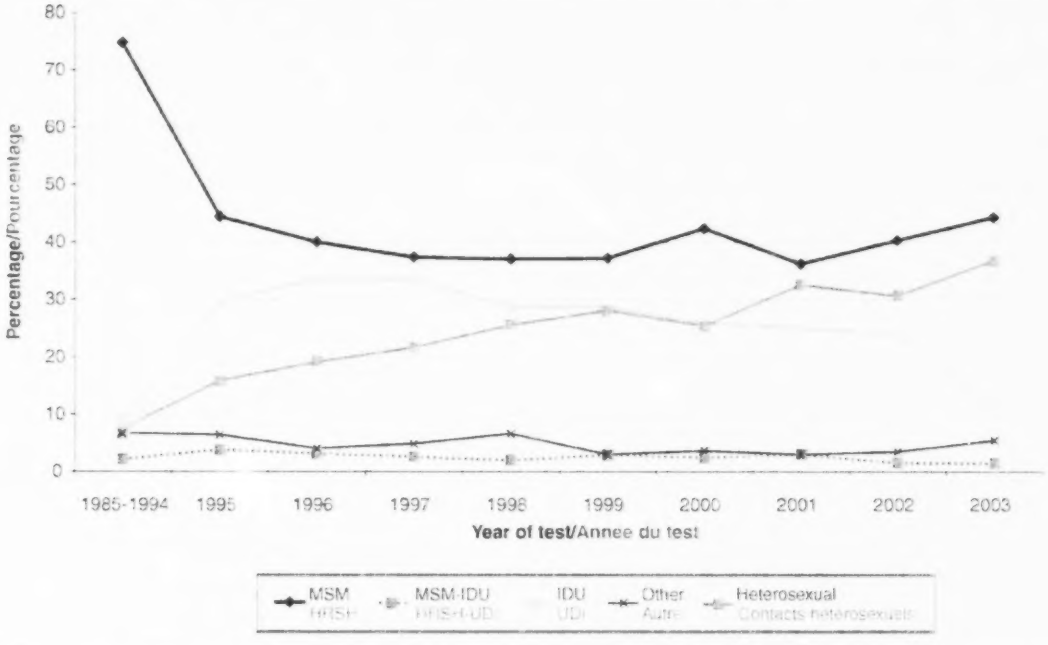


As outlined in Figure 2, men who have sex with men (MSM) continue to account for the largest number and proportion of positive HIV test reports. This proportion decreased from close to 75% between 1985 and 1994, dropped in the mid to late 1990s and remained close to 37% until a slight increase in the last 3 years to 44.4%. The diverse heterosexual exposure category has steadily increased from 7.5% before 1995 to 36.9% in 2003. This exposure category is made up of three subcategories: heterosexual contact with a person who is either HIV-infected or at increased risk of HIV, heterosexual as the only identified risk, or origin in a country where HIV is endemic. Over the last 5 years, from 1998 to 2003, the proportion of positive HIV test reports attributed to the latter heterosexual subcategory has increased from 2.9% to 10.2%.

Comme l'indique la figure 2, c'est encore parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) qu'on enregistre le plus grand nombre et la plus grande proportion de tests positifs pour le VIH. Cette proportion a cependant diminué : entre 1985 et 1994, elle s'établissait à près de 75 %, puis elle a chuté à près de 37 % entre le milieu et la fin des années 90, après quoi elle a connu une légère hausse, s'établissant à 44,4 % durant les 3 dernières années. La proportion attribuable aux divers contacts hétérosexuels a augmenté de façon constante, étant passée de 7,5 % avant 1995 à 36,9 % en 2003. Cette catégorie d'exposition regroupe trois sous-catégories, soit les contacts hétérosexuels avec une personne soit infectée par le VIH, soit présentant un risque accru d'infection à VIH, les contacts hétérosexuels comme seul risque déclaré et l'origine d'un pays où l'infection à VIH est endémique. Au cours des 5 dernières années, soit entre 1998 et 2003, la proportion des rapports de test positif pour le test VIH attribuable à la dernière sous-catégorie est passée de 2,9 % à 10,2 %.

Figure 2. Positive HIV test reports by exposure category and year of test

Figure 2. Rapports de test positif pour le VIH selon la catégorie d'exposition et l'année du test



AIDS Surveillance

There have been a cumulative 19 344 AIDS diagnoses in Canada reported to CIDPC up to the end of 2003. The annual number of reported AIDS diagnoses adjusted for reporting delay increased throughout the 1980s and early 1990s, peaking at 1953 in 1993; it then declined and has started to level off to 500 to 600 diagnoses per year. This pattern of declining AIDS diagnoses has been reported in other industrialized areas, including the United States, Australia, and the United Kingdom. The decline has been largely attributed to the widespread use of highly effective antiretroviral therapy since 1996; however, there is a growing concern that AIDS diagnoses are becoming increasingly underreported.

Données de surveillance du sida

À la fin de 2003, 19 344 cas cumulatifs de sida diagnostiqués au Canada avaient été signalés au CPCMI. Le nombre annuel de déclarations de cas de sida ajusté pour tenir compte des retards de déclaration a augmenté tout au long des années 80 et au début des années 90, atteignant un sommet de 1 953 en 1993, puis a décliné et a commencé à se stabiliser à 500-600 cas par année. Ce déclin dans le nombre de diagnostics du sida a aussi été signalé dans d'autres zones industrialisées, dont les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni. On l'attribue en grande partie à l'utilisation répandue de traitements antirétroviraux très efficaces depuis 1996, mais on craint de plus en plus que la sous-déclaration des cas de sida ne soit à la hausse.

The largest proportion of reported AIDS cases are among those aged 30 to 44 years followed by the 45 to 59 and 15 to 29-year age groups, accounting for 60.4%, 19.4%, and 15.9% of all AIDS diagnoses respectively. Adult females increasingly represent a larger proportion of diagnosed AIDS cases. Over the last 10 years this proportion has increased from 7.0% in 1993 to 24.2% in 2003 (among AIDS diagnoses with reported age and gender). In 2003, females represented 42% of AIDS diagnoses among those aged 15 to 29 years, 25.4% among those aged 30 to 44 years and 18.2% among 45- to 59-year-olds.

Over the last decade, there has been a decrease in the proportion of reported AIDS cases among MSM, falling from 73.8% in 1993 to 35.3% in 2003. Conversely, the diverse heterosexual exposure category has shown an increase in this proportion, from 13% in 1993 to 43.8% in 2003.

The proportion of reported AIDS cases attributed to White Canadians has been decreasing over time, from 86.8% before 1993 to 54.3% in 2003. This decrease is coupled with increases seen among both Black and Aboriginal Canadians, as outlined in Figure 3. Black Canadians represented 8.4% of cases before 1993 and 21.5% in 2003; during the same period this proportion among Aboriginal Canadians increased from 1.2% to 13.4%.

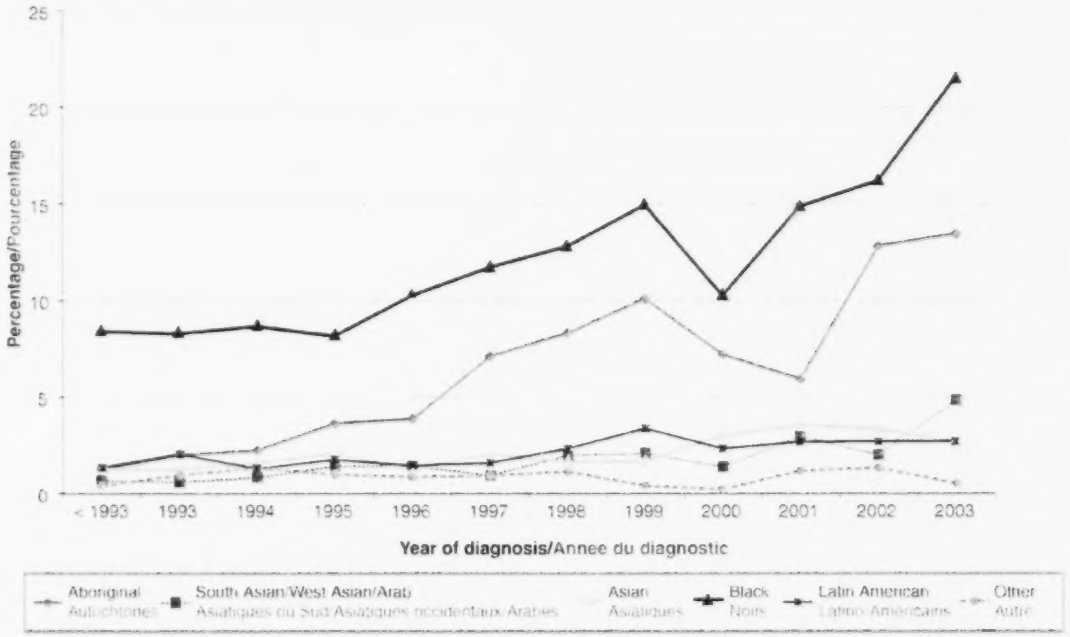
C'est dans le groupe des 30 à 44 ans qu'on enregistre la plus grande proportion des cas de sida déclarés, suivi du groupe des 45 à 59 ans et de celui des 15 à 29 ans, la proportion respective dans chaque groupe étant de 60,4 %, de 19,4 % et 15,9 %. Les femmes adultes constituent une proportion de plus en plus importante des cas de sida déclarés. Entre 1993 et 2003, cette proportion est passée de 7,0 % à 24,2 % (parmi les cas de sida diagnostiqués dont l'âge et le sexe est connu). En 2003, les personnes de sexe féminin représentaient 42 % des cas de sida signalés dans le groupe des 15 à 29 ans, 25,4 % dans celui des 30 à 44 ans et 18,2 % dans celui des 45 à 59 ans.

Au cours de la dernière décennie, on a observé une diminution de la proportion des cas de sida déclarés parmi les HRSH, le pourcentage étant passé de 73,8 % en 1993 à 35,3 % en 2003. En revanche, une augmentation s'est produite dans la catégorie d'exposition hétérosexuelle, le pourcentage de 13 % enregistré en 1993 ayant augmenté à 43,8 % en 2003.

La proportion des cas de sida déclarés parmi les Canadiens de race blanche a chuté avec le temps, étant passée de 86,8 % avant 1993 à 54,3 % en 2003. Cette chute est couplée à une hausse chez les Canadiens de race noire et les Canadiens d'origine autochtone, comme l'indique la figure 3. Les Canadiens de race noire représentaient 8,4 % des cas avant 1993 et 21,5 % en 2003; durant la même période, la proportion est passée de 1,2 % à 13,4 % chez les Canadiens d'origine autochtone.

Figure 3. Non-White ethnic categories as a percentage of all reported AIDS diagnoses, by year of diagnosis (all ages)

Figure 3. Catégories de personnes autres que de race blanche et pourcentage de chaque catégorie parmi tous les diagnostics de sida signalés, selon l'année du diagnostic (tous âges confondus)



Interpretation

The increasing proportion of both positive HIV test reports and AIDS diagnoses attributed to the heterosexual exposure category and the distribution in its subcategories reveal a trend that will be followed and further analyzed in the coming months. The rising proportion of positive HIV test reports among Aboriginal and Black Canadians as well as among females in each age group, especially in the younger years, is an important finding that has implications for guiding prevention and treatment programs.

Acknowledgements

National level HIV and AIDS surveillance is possible as a result of all provinces and territories participating in, and setting directions for, HIV and AIDS surveillance. Accordingly, CIDPC acknowledges the provincial/territorial HIV/AIDS coordinators, laboratories, health care providers and reporting physicians for providing the non-nominal confidential data that enable this report to be published. Without their close collaboration and participation in HIV and AIDS surveillance, the publication of these data would not have been possible.

References

1. Health Canada. *HIV and AIDS in Canada. Surveillance report to December 31, 2003.* Ottawa: Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2003.
2. Geduld J, Gatali M, Remis RS et al. *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2002.* CCDR 2003;29:197-206.
3. Citizenship and Immigration Canada. *Immigrant and Refugee Protection Act. Statutes of Canada 2001.* Chapter 27. URL: http://www.cic.gc.ca/english/pdf/pub/C-11_4.pdf or URL: http://www.ci.gc.ca/cicexplore/english/org/bpd/bps/irpa_lipr/act_loi/C-11_4.pdf.

Source: *J Geduld, MHSc, BSc, Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada.*

Interprétation

La proportion à la hausse des rapports de test positif pour le VIH et des diagnostics de sida attribuables à des contacts hétérosexuels ainsi que la distribution dans les sous-catégories reflètent une tendance qui fera l'objet d'une surveillance et d'une analyse plus approfondie au cours des mois à venir. La proportion croissante des rapports de test positif pour le VIH enregistrée chez les Autochtones et les Canadiens de race noire ainsi que chez les personnes de sexe féminin dans chaque groupe d'âge, surtout chez les plus jeunes, est une constatation importante qui se répercute sur l'orientation des programmes de prévention et de traitement.

Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le CPCMI tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux des programmes sur le VIH/sida, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins répondants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives qui nous ont permis de publier ce rapport. Sans leur étroite collaboration et leur participation à la surveillance du VIH et du sida, ces données n'auraient pu voir le jour.

Références

1. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2003.* Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2003.
2. Geduld J, Gatali M, Remis RS et coll. *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002.* RMTC 2003;29:197-206.
3. Citoyenneté et Immigration Canada. *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés. Lois du Canada (2001).* Chapitre 27. URL : http://www.cic.gc.ca/ english/pdf/pub/C-11_4.pdf ou URL: http://www.ci.gc.ca/cicexplore/english/org/bpd/bps/irpa_lipr/act_loi/C-11_4.pdf.

Source : *J Geduld, MHSc, BSc, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada.*

AN INTRODUCTORY LETTER IN ADVANCE OF A TELEPHONE SURVEY MAY INCREASE RESPONSE RATE

Telephone interviewing is an economical and effective way to conduct epidemiologic studies in the population. However, the validity of the results is often threatened by non-response bias stemming from refusal to participate. Introductory letters sent in advance of telephone survey contact have been suggested as a method of increasing response rates[1]; however, few studies documenting this effect have been published.

L'ENVOI DE LETTRES DE PRÉSENTATION AVANT UNE ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE PEUT AUGMENTER LE TAUX DE PARTICIPATION

Les enquêtes téléphoniques constituent une façon économique et efficace de mener des études épidémiologiques sur la population. Cependant, la validité des résultats est souvent compromise par le biais de non-réponse dû au refus de participer. On a proposé d'envoyer des lettres de présentation avant les enquêtes téléphoniques pour augmenter les taux de participation [1]; cependant, peu d'études ont été publiées sur l'efficacite de cette méthode.

Methods

In June 2002, we began a retrospective, cross-sectional telephone survey entitled "Magnitude of Enteric Illness in the Province of British Columbia: a Population Telephone Survey". The objective of the survey was to estimate the magnitude and describe the distribution of self-reported gastrointestinal illness in British Columbia. An introductory letter was used in an attempt to increase response rate.

The study area consisted of three regions, chosen to represent the province of British Columbia, which corresponded to one urban, one mixed, and one rural public health authority area. The sampling frame consisted of a randomized list of residential telephone numbers obtained from a commercial database (SelectPhone™, InfoUSA, Inc.). Once telephone contact had been made, one individual from each household – the one out of all household members whose birthday fell next – was randomly selected to participate in the survey.

All households in the sampling frame for which there were mailing addresses were sent an introductory letter approximately 1 to 2 weeks before the first telephone call attempt. The letter briefly explained the purpose of the study as well as the reasons why participation and random selection of one respondent from all household members were important.

Results

Results from the 12-month survey are presented here. Of those reached to participate in the survey, 24% (1951/8090) received an introductory letter. The overall response rate was 57% (4,611/8,090). Table 1 shows response rates and the association between survey participation and receipt of the introductory letter.

The response rate among those who received an introductory letter was approximately 1.58 times greater than the response rate among those who did not. The association between receipt of an introductory letter and survey participation did not vary across the three regions of the study area, indicating its potential effectiveness in both rural and urban settings. The cost of including the introductory letter in the study was approximately 7% of the total cost of data collection.

Discussion

The findings presented here are similar to those published in two Australian studies, one that used an introductory letter before recruitment of control subjects in a case-control study[2] and the other in advance of telephone interviewing[3]. Both studies reported that introductory letters increased participation rates among those receiving them. In recent years, there appears to be a decreasing trend in response rates for epidemiologic research surveys conducted by telephone owing to a growing aversion to telemarketing and increased use of answering machines[4]. The identification of effective techniques for increasing response rates in telephone surveys has therefore become more critical.

Méthodologie

En juin 2002, nous avons amorcé une enquête transversale rétrospective par téléphone intitulée «Magnitude of Enteric Illness in the Province of British Columbia: a Population Telephone Survey». Cette enquête visait à estimer l'étendue et à décrire la distribution des maladies gastro-intestinales en Colombie-Britannique. On a eu recours à une lettre de présentation dans l'espoir d'augmenter le taux de réponse.

L'enquête a porté sur trois régions de santé publique sélectionnées pour représenter la province de la Colombie-Britannique : une région urbaine, une mixte et une rurale. La base de sondage consistait en une liste aléatoire de numéros de téléphone résidentiels provenant d'une base de données commerciale (SelectPhone^MC, InfoUSA, Inc.). Après la prise de contact par téléphone, une personne par ménage – celle dont la date d'anniversaire est la plus proche – a été sélectionnée au hasard pour participer à l'enquête.

On a envoyé à tous les ménages de la base de sondage ayant une adresse postale une lettre de présentation environ 1 à 2 semaines après la première tentative de contact téléphonique. La lettre contenait une courte description de l'objectif de l'étude ainsi que les raisons pour lesquelles la participation et la sélection aléatoire d'un répondant parmi les membres du ménage étaient importantes.

Résultats

Voici les résultats de l'enquête de 12 mois. Parmi les personnes à qui on a demandé de participer à l'enquête, 24 % (1 951/8 090) ont reçu une lettre de présentation. Le taux de réponse global a été de 57 % (4 611/8 090). Le tableau 1 montre les taux de réponse et la relation entre la participation à l'enquête et la réception d'une lettre de présentation.

Le taux de réponse des personnes ayant reçu une lettre de présentation a été environ 1,58 fois plus élevé que celui des personnes qui n'en avaient pas reçu. La relation entre la réception d'une lettre de présentation et la participation à l'enquête ne variait pas parmi les régions à l'étude, montrant l'efficacité potentielle de la méthode dans les milieux tant urbains que ruraux. Le coût d'inclusion d'une lettre de présentation dans l'étude a représenté environ 7 % du coût total de la collecte de données.

Analyse

Les observations présentées dans ce document sont similaires à celles effectuées lors de deux études australiennes; pour la première, on avait envoyé une lettre de présentation avant de recruter des sujets témoins en vue d'une étude cas-témoin[2], et pour la seconde, on avait envoyé une lettre de présentation avant de solliciter des entrevues téléphoniques[3]. Les deux études ont montré que les lettres de présentation augmentaient les taux de participation des personnes qui les recevaient. Au cours des dernières années, les taux de réponse aux enquêtes épidémiologiques menées par téléphone semblent avoir diminué en raison d'une aversion croissante face au télémarketing et de l'utilisation de plus en plus répandue des dispositifs de réponse automatique[4]. Il est donc plus important que jamais de trouver des méthodes efficaces pour augmenter les taux de participation aux enquêtes téléphoniques.

Table 1. Association between receipt of an introductory letter and survey response, by region, from the survey "Magnitude of Enteric Illness in the Province of British Columbia: a Population Telephone Survey", 1 June, 2002, to 31 May, 2003 (*n* = 8090)

Tableau 1. Relation entre la réception d'une lettre de présentation et la participation à l'enquête, par région, pour l'enquête intitulée « Magnitude of Enteric Illness in the Province of British Columbia: a Population Telephone Survey », du 1er juin 2002 au 31 mai 2003 (*n* = 8 090)

		Vancouver (*n* = 2659)	East Kootenay (*n* = 2747)	Interior Region (*n* = 2684)	Total (*n* = 8090)
		Vancouver (*n* = 2 659)	East Kootenay (*n* = 2 747)	Région intérieure (*n* = 2 684)	Total (*n* = 8 090)
Overall response rate	Taux de réponse global	58%	56%	57%	57%
Response rate among those who received letter	Taux de réponse des personnes qui ont reçu une lettre	83%	76%	78%	79%
Response rate among those who did not receive letter	Taux de réponse des personnes qui n'ont pas reçu de lettre	50%	50%	50%	50%
Crude relative risk (95% confidence interval)	Risque relatif brut (intervalle de confiance à 95 %)	1.66 (1.57-1.75)	1.51 (1.42-1.60)	1.57 (1.48-1.67)	1.58 (1.53-1.63)
Mantel-Haenszel relative risk (95% confidence interval)	Risque relatif (méthode de Mantel-Haenszel) (intervalle de confiance à 95 %)				1.58 (1.53-1.63)

The main limitation of the results presented here is that this study was not designed to determine the impact of introductory letters on response rate, and thus the letters were not randomized to the sample population. Therefore, it is not possible to be certain that the better response in those who received letters was not due to other factors.

Conclusions

The use of introductory letters in advance of telephone surveys may provide an economical and effective way to increase survey response in future studies. This phenomenon deserves further research in a more controlled study to better determine whether introductory letters indeed cause increased response rate.

References

1. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS et al. *Methods in observational epidemiology*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996.
2. Robertson B, Sinclair M, Forbes A et al. *The effect of an introductory letter on participation rates using telephone recruitment* (letter). Aust N Z J Public Health 2000;24(5):552.
3. Smith W, Chey T, Jalaludin B et al. *Increasing response rates in telephone surveys: a randomized trial*. J Public Health Med 1995; 17(1):33-8.
4. Hartge P. *Raising response rates: getting to Yes*. Epidemiology 1999;10(2):105-7.

Source: *SE Majowicz, MSc, VL Edge, MSc, J Flint, MPH, P Sockett, PhD, K Dore, MHSc, Foodborne, Waterborne, and Zoonotic Infections Division, Population and Public Health Branch, Health Canada, Guelph and Ottawa, Ontario; L McDougall, MSc, British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver, British Columbia, and Field Epidemiology Training Program, Health Canada; V Remple, RN, MSN, M Fyfe, MD, British Columbia Centre for Disease Control; S Henson, PhD, Department of Agricultural Economics, University of Guelph; K Gaebel, MSc, Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton, Ontario.*

La principale limite des résultats présentés dans ce document réside dans le fait que l'étude n'a pas été conçue pour évaluer l'incidence des lettres de présentation sur le taux de réponse. Comme les lettres n'ont pas été distribuées aléatoirement dans l'échantillon, on ne peut pas conclure avec certitude que le taux de réponse accru n'est pas dû à d'autres facteurs.

Conclusions

L'envoi de lettres de présentation avant une enquête téléphonique peut constituer une façon économique et efficace d'augmenter la participation aux études ultérieures. Ce phénomène doit faire l'objet d'autres études mieux contrôlées afin de déterminer si les lettres d'introduction entraînent bel et bien un taux de réponse plus élevé.

Références

1. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS et coll. *Methods in observational epidemiology*, 2e éd. New York : Oxford University Press, 1996.
2. Robertson B, Sinclair M, Forbes A et coll. *The effect of an introductory letter on participation rates using telephone recruitment* (lettre). Aust N Z J Public Health 2000;24(5):552.
3. Smith W, Chey T, Jalaludin B et coll. *Increasing response rates in telephone surveys: a randomized trial*. J Public Health Med 1995;17(1):33-8.
4. Hartge P. *Raising response rates: getting to Yes*. Epidemiology 1999; 10(2):105-7.

Source : *SE Majowicz, MSc, VL Edge, MSc, J Flint, MPH, P Sockett, PhD, K Dore, MHSc, Division des infections d'origine alimentaire, hydrique et zoonotique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, Guelph et Ottawa, Ontario; L McDougall, MSc, British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver, Colombie-Britannique, et Programme de formation en épidémiologie d'intervention, Santé Canada; V Remple, RN, MSN, M Fyfe, MD, British Columbia Centre for Disease Control; S Henson, PhD, Department of Agricultural Economics, Université de Guelph; K Gaebel, MSc, Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton, Ontario.*

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. Health Canada does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Eleanor Paulson, Editor-in-Chief, (613) 957-1788
Marion Pogson, Editor, (613) 954-5333
Pamela Fitch, French Editor, (613) 952-3299
Kim Hopkinson, Desktop Publishing

Submissions to the CCDR should be sent to the:
Editor
Population and Public Health Branch
Scientific Publication and Multimedia Services
130 Colonnade Rd, A.L. 6501G
Ottawa, Ontario K1A 0K9

To subscribe to this publication, please contact:
Canadian Medical Association
Member Service Centre
1867 Alta Vista Drive, Ottawa, ON Canada K1G 3Y6
Tel. No.: (613) 731-8610 Ext. 2307 **or** (888) 855-2555
FAX: (613) 236-8864

Annual subscription: $105 (plus applicable taxes) in Canada; $140 (U.S.) outside Canada.

This publication can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>.

(On-line) ISSN 1481-8531

Publications Mail Agreement No. 40064383

© Minister of Health 2004

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Eleanor Paulson, Rédactrice en chef, (613) 957-1788
Marion Pogson, Rédactrice, (613) 954-5333
Pamela Fitch, Rédactrice française, (613) 952-3299
Kim Hopkinson, Éditique

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à :
Rédactrice
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Services de publications scientifiques et multimédias, 130, rue Colonnade, I.A. 6501G
Ottawa (Ontario) K1A 0K9.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Association médicale canadienne
Centre des services aux membres
1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6
N° de tél. : (613) 731-8610 Poste 2307 **ou** (888) 855-2555
FAX : (613) 236-8864

Abonnement annuel : 105 $ (et frais connexes) au Canada; 140 $ US à l'étranger.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>.

(En direct) ISSN 1481-8531

Poste-publications n° de la convention 40064383

© Ministre de la Santé 2004